



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

YKSINÄISYYDEN JA SOSIAALISEN ERISTÄYTYMISEN VAIKUTUS TERVEYTEEN

Yksinäisyystutkimusta kartoittava kirjallisuuskatsaus

Carita Moksen

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2018
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitajakoulutus

MOKSEN CARITA:

Yksinäisyyden ja sosiaalisen eristäytymisen vaikutus terveyteen
Yksinäisyystutkimusta kartoittava kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö 40 sivua, joista liitteitä 4 sivua
Huhtikuu 2018

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla selvittää, mitä ajantasaista yksinäisyyttä ja terveyttä yhdistävää tutkimustietoa on saatavilla. Tavoitteena oli lisätä sairaanhoitajan tietoa siitä, miten piilevä yksinäisyys voi sairauden hoidon taustalla vaikuttaa ja minkälaisia terveysongelmia yksinäisyydestä voi syntyä. Tehtävinä oli määritellä yksinäisyys käsitteenä, selvittää miten yksinäisyys mahdollisesti vaikuttaa omahoitoon, mitä ajantasaista tutkimustietoa yksinäisyydestä on tehty ja mitä ajantasaista tutkimustietoa on yksinäisyyden ja terveyden välisestä suhteesta.

Aineisto koostuu 14 englanninkielisestä tutkimusartikkelista, jotka on kaikki julkaistu vuosien 2015 ja 2018 välillä. Aineistoon kuuluu eri aihealueita käsitteleviä tutkimuksia, joille kaikille on yhteistä yksinäisyys ja/tai sosiaalinen eristäytyminen.

Yksinäisyyden ja sosiaalisen eristäytymisen vahvat tunteet vaikuttavat terveyteen heikentävästi. Ne aiheuttavat elimistön stressitilan, jolloin muun muassa verenpaine nousee ja vastustuskyky heikkenee. Pitkittyneen yksinäisyyden ja sosiaalisen eristäytymisen on todettu aiheuttavan sydän- ja verisuonisairauksia ja heikentävän selviytymisennustetta ensimmäisestä sydänkohtauksesta tai aivohalvauksesta. Yksinäisyys heikentää kognitiivista toimintakykyä ja aiheuttaa dementiaa. Erityisesti sosiaalisen eristäytymisen on todettu olevan riskitekijä ennenaikaiselle kuolemalle.

Yksinäisyyteen ja sosiaaliseen eristäytymiseen on kuitenkin mahdollista vaikuttaa interventiolla. Yksinäisyyteen liittyvistä interventioista ei vielä ole paljon tutkittua tietoa, mutta jotain on jo tehty onnistuneesti. Nykyisen näytön mukaan interventioita on useimmiten kahta tyyppiä: kahdenkeskistä ja ryhmäinterventiota. Aineistossa mukana olleen tutkimuksen mukaan ryhmäinterventio on ollut yli 60-vuotiailla menestyksekkäs ja sen sosiaalisesti aktivoivat vaikutukset ovat olleet nähtävissä vielä kahden vuoden kulluttua ryhmätapaamisista. Tulevaisuutta ajatellen yksinäisyyteen ja sosiaaliseen eristäytymiseen puuttuvat interventiot ovat tärkeä selvittämiskohde, koska yksinäisyys on selkeä terveyshaaitta sekä hyvinvointia heikentävä tekijä.

Asiasanat: yksinäisyys, sosiaalinen eristäytyminen, sosiaalinen verkosto, terveys, aikuiset

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

MOKSEN CARITA:

The Effect of Loneliness and Social Isolation on Health
Literature Review Exploring the Research of Loneliness and Social Isolation

Bachelor's thesis 40 pages, appendices 4 pages
April 2018

The objective of this study was to gather from modern research studies fresh information related to loneliness, social isolation and how they may affect an individual's life, health and well-being. Selected method for this study was descriptive literature review. Research material, i.e. research literature, was collected from separate databases and it consisted of 14 different research articles connected to loneliness and health. Selected research articles were published between 2015 and 2018. The material was analyzed by means of narrative content analysis.

The results of this study illustrate how social contacts and networks are extremely important for well-being. Loneliness can be seen as subjective emotional feeling which is very personal experience of being alone or objective social loneliness with lack of social contacts or social network. Loneliness is mostly negative experience. In the long run loneliness and social isolation causes stress followed by behavioral, physiological and psychological distress with detrimental effect. Therefore, loneliness may have effects on both brain and neural system, as well as, on cardiovascular system. Because of loneliness there may be sleeping problems, cognitive decline, elevated blood pressure and even cases with myocardial infarction and stroke. Being emotionally alone and socially isolated affects health and especially social isolation is independently an increasing risk factor for mortality.

The findings of this study suggest lonely and socially isolated people should not be left alone. Loneliness is an important subject to be recognized as it can be considered significant risk for individual's health and well-being. Finally, there was found lonely and socially isolated people can successfully be helped by an intervention.

Key words: loneliness, social isolation, social network, health, adults

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TUTKIMUSTYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT.....	7
3	MENETELMÄLLINEN LÄHTÖKOHTA	8
3.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	8
3.2	Aineiston keruu.....	9
3.3	Sisällönanalyysi	11
4	TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA.....	13
4.1	Yksinäisyyden määritelmiä.....	13
4.1.1	Subjekttiivinen eli emotionaalinen yksinäisyys	14
4.1.2	Objektiivinen eli sosiaalinen yksinäisyys	15
4.2	Yksinäisyyden vaikutusta terveyteen aikaisempien tutkimuksien mukaan	15
4.3	Yksinäisyys vaikuttaa omahoitoon	17
5	TULOKSET	19
5.1	Sosiaalinen verkosto	19
5.2	Yksinäisyysinterventiot	20
5.3	Terveydenhuollonpalvelujen käyttäminen.....	22
5.4	Yksinäisyyden vaikutus aivoihin	23
5.5	Yksinäisyyden vaikutus sydämeen ja verenkiertoon	24
5.6	Yksinäisyyden ja sosiaalisen eristäytymisen vaikutus kuolleisuuteen	25
6	POHDINTA.....	28
6.1	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	28
6.2	Yhteenveto	29
6.3	Kehittämisehdotukset.....	31
	LÄHTEET	32
	LIITTEET	37
	Liite 1. Opinnäytetyön tutkimusaineiston kuvaus	37

1 JOHDANTO

Viime vuosien aikana on tiedotusvälineissä alettu yhä enemmän puhua yksinäisyyden vaikutuksesta elämänlaatuun ja terveydentilaan. Nykyään onkin jo vahvaa näyttöä siitä, että sosiaalisella verkostolla, suhteiden määrällä ja laadulla sekä sosiaalisten kontaktien määrällä on huomattavaa merkitystä terveydelle (Rico-Urbe ym. 2016). 1900-luvun lopulla tehtyjen tutkimusten mukaan yksinäisyys nostaa verenpainetta, lisää painonnousua ja vähentää liikkumista. Lisäksi se on myöhemmin yhdistetty myös uniongelmiin ja passiivisuuteen. Yksinäisyyttä voidaankin kiistatta pitää terveydelle haittaa aiheuttavana asiana. (Saari 2009, 45.) Sitä voidaan verrata koettuun fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen uhkaan, jotka käynnistävät elimistössä tasapainottavia toimintoja, esimerkiksi stressihormonien ja verenpaineen kasvua. Pitkään jatkuessaan nämä toiminnot muuttuvat terveydelle vahingollisiksi. (Kauhanen 2016, 98.)

Yksinäisyyttä kokevia on suomalaisessa yhteiskunnassa niin paljon, että se on merkityksellistä yhteiskunnallisesti ja hyvinvointipoliittisesti. Yksinäisiä on runsaasti varsinkin yhteiskunnan sosiaalisesti alemmilla tasoilla, joilla se aiheuttaa huono-osaisuuden tunnetta. Elämänlaatu heikkenee merkittävästi, kun kokee itsensä yksinäiseksi. Kun kokemus yksinäisyydestä on pitkäkestoinen, siitä tulee osa yksinäisen persoonaa, jolloin luottamuksen puute toisiin ihmisiin saa aikaan henkisten muurien muodostumisen omaksi turvaksi. (Saari 2016, 50 – 51.) Olotila voi lopulta muuttua niin ahdistavaksi, että tulkinnat omasta toiminnasta ja onnistumisista muuttuvat itseä tuhoaviksi, kielteiset tunteet vahvistuvat ja myönteiset heikkenevät ja ahdistunut olotila on pidempikestoinen. Koettu yksinäisyys on kroonistuessaan pitkäaikainen, kuormittava tunne, jolla on vaikutusta hyvinvointiin ja terveyteen. Se lisää sairastuvuutta, saa aikaan masentuneisuutta, vähentää aloitekykyä, lisää tulevaisuuden pelkoa ja sosiaalisia pelkoja, eristää kotiin, on joillakin syynä työttömyyteen, päihteidenkäyttöön ja velkaantumiseen, aiheuttaa ruokahaluttomuutta tai lohtusyömistä sekä lohtushoppailua. (Junttila 2016, 56, 63, 68.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena koota ajantasaista tietoa yksinäisyystutkimuksesta, siitä miten yksinäisyys voi vaikuttaa yksittäisen ihmisen elämään. Työssä määritellään ensin yksinäisyyttä. Mitään yksinäisyyttä aiheuttavia syitä, vuorovaikutusteorioita ja persoonatekijöitä tai yksinäisyyden jakautumista eri yhteiskuntaluokkiin ei tässä opinnäytetyössä käydä läpi. Sen sijaan esille otetaan jonkin verran aikaisempaa tehtyä tut-

kimusta yksinäisyyden vaikutuksesta yksittäiseen ihmiseen ja tämän terveyteen. Tutkimusaineisto on vuosilta 2015 – 2018. Aikaisempi tutkimus on julkaistu ennen vuotta 2015. Lisäksi käsitellään yksinäisyyden vaikutusta omahoitoon, sen onnistumisen tai epäonnistumisen tekijöitä. Tutkimusaineisto käsittelee yksinäisyyteen liittyvää ajantasaista tietoa eri asioista, jotka kaikki liittyvät jollain tavoin yksinäisyyteen ja terveyteen.

2 TUTKIMUSTYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, mitä ajantasaista, näyttöön perustuvaa tietoa yksinäisyyden tutkimuksesta on viime vuosien aikana saatu ja mikä on yksinäisyyden yhteys yksittäisen ihmisen terveyteen. Sairaanhoidajan on tärkeä tukea omahoittoa ja tunnistamalla taustalla terveydentilaan ja sairauden omahoitoon mahdollisesti vaikuttavan yksinäisyyden, on mahdollisuus paremmin onnistua omahoidon ohjaamisessa ja tukemisessa. Opinnäytetyössä tavoitteena on lisätä tietoa siitä, minkälaisiin terveyttä heikentäviin asioihin ja suoranaisiin terveysongelmiin yksinäisyys tänä päivänä liitetään ja mitä muuta ajantasaista näyttöä yksinäisyyden ja yksittäisen ihmisen väliseen suhteeseen liittyy.

Tämän työn hypoteesiksi on aikaisemman tiedon perusteella asetettu lähtökohta, jonka mukaan yksinäisyys vaikuttaa terveyteen. Yksinäisyyden tutkimuksella on saatu uutta tietoa yksinäisyyteen liittyvistä asioista, kuten sen vaikutuksista terveyteen ja hyvinvointiin. Aiheeseen perehdytään seuraavien tutkimuskysymysten avulla:

- Miten yksinäisyys määritellään?
- Miten yksinäisyys mahdollisesti vaikuttaa omahoitoon?
- Mitä ajantasaista tutkimustietoa yksinäisyydestä on tehty?
- Mitä ajantasaista tutkimustietoa on yksinäisyyden ja terveyden välisestä suhteesta?

3 MENETELMÄLLINEN LÄHTÖKOHTA

Kirjallisuuskatsaus on tutkimusmetodi, jolla selvitetään mitä jostain asiasta on jo tutkittu ja kerätään tuloksia eri tutkimuksista. Näitä yhdistelemällä saadaan pohjaa uudelle tutkimustiedolle. (Salminen 2011, 1.) Kirjallisuuskatsaukset mahdollistavat Johanssonin (2007, 3) mutta myös Suhosen, Axelinin ja Stoltin (2016, 9) mukaan käsityksen saamisen siitä, millaista tutkimusta on jo tehty ja kuinka paljon tutkittua tietoa määrätystä aiheesta on saatu. Lisäksi niiden avulla selvitetään, mistä näkökulmasta ja millä eri tavoin tutkimusta on tehty (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 121).

Kirjallisuuskatsauksien avulla voidaan arvioida ja kehittää vanhoja teorioita ja tuottaa uusia. Lisäksi sitä käyttäen on mahdollista saada kokonaiskäsitys jostain halutusta asiasta sekä selvittää siten teorioissa olevia ongelmakohtia. Kirjallisuuskatsauksissa voidaan myös kartoittaa jonkin teorian kehitystä. (Baumeister & Leary 1997, 312, teoksessa Salminen 2011, 3.) Termi kirjallisuuskatsaus antaa Salmisen (2011, 5) mukaan ylimalkaisen käsityksen tutkimusmenetelmästä, joka arkisessa kielenkäytössä helposti ymmärretään lyhyeksi vilkaisuksi tai yhteenvedoksi, joka on tehty ilman analyttistä ja perusteellista ajattelua. Englanninkielinen termi review (myös literature review ja research literature review) antaa paremman käsityksen tutkimusmenetelmästä, joka voi olla uudelleen tai kriittisesti tehtävä arviointi sekä selonteko, arvostelu tai tarkistus (The Cassell Concise Dictionary 1997, 1259).

3.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus jaetaan eri tyyppeihin, joita ovat systemaattinen kirjallisuuskatsaus, kuvaileva kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi (Salminen 2011, 6). Tässä opinnäytetyössä käytetään tutkimusmenetelmänä kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Sitä voidaan pitää yleiskatsauksena, jota eivät tiukat ja tarkat säännöt sido. Käytettävät materiaalit voivat olla laajat eivätkä metodiohjeistukset rajoita aineiston valintaa. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla on tarkoitus antaa laaja kokonaiskuva käsittelyn alla olevasta tutkimuskohteesta sekä antaa ajantasaista tutkimustietoa halutuista aiheista. (Salminen 2011, 6 – 7.) Merkille pantavaa on kuitenkin Johanssonin (2007, 4) huomio, että aineiston keruu tapahtuu aina aineiston kokoojan tai kokoajien näkökulmasta eikä tutkimusten

hakua, valintaa tai käsittelyä aina kuvata riittävän tarkasti, jolloin katsauksen kriittinen tarkastelu saattaa olla vaikea toteuttaa. Menetelmän subjektiivisuudesta ja sattumanvaraisuudesta huolimatta sitä pidetään myös argumentoivana ja sen avulla on hyvä ohjata huomiota tarkastelua vaativiin erityiskysymyksiin (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 292).

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineisto on laaja-alaisempaa kuin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen järjestelmällisesti kerätty aineisto eikä tutkimuskirjallisuutta valikoidu tai valita kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen niin tarkkaan kuin systemaattiseen katsaukseen. Siitä johtuen kuvailevan kirjallisuuskatsauksen kirjallisuus ja siinä olevat näkökulmat voivat olla huomattavasti vaihtelevampia. (Evans 2008, 137, ja Whittemore 2008, 149, teoksessa Salminen 2011, 8.) Aineiston hakua ohjaa eniten tutkimuskysymys ja aineiston valintaa tekstin sisältö ja sen suhde muihin aineiston teksteihin. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen perustana on tutkimuskysymys tai -kysymykset ja tehtävänä on tietyn aineiston pohjalta vastata tutkimuskysymyksiin ja antaa kuvaileva, laadullinen vastaus. (Kangasniemi ym. 2013, 291, 295 – 296.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tekeminen koostuu eri vaiheista. Ensimmäiseksi määritetään katsauksen tarkoitus ja tutkimusongelma eli asetetaan tutkimuskysymykset ja päätetään se, mistä asiasta halutaan tutkittua tietoa. Tämä vaihe ohjaa koko prosessia. Toisena vaiheena tulee kirjallisuuden haku ja aineiston hankinta tutkimuskysymyksen ohjaamana. Kolmanneksi kirjallisuuskatsausta tehtäessä aletaan rakentaa kuvailua. Aineistoa arvioidaan ja analysoidaan ja sisältöä yhdistellään ja tehdään synteisiä. Viimeiseksi tarkastellaan tuloksia ja tulkitaan niitä. (Kangasniemi ym. 2013, 294, sekä Niela-Vilén & Hamari 2016, 23, ja Salminen 2001, 8.)

3.2 Aineiston keruu

Kirjallisuuskatsaukset tehdään yleensä alkuperäistutkimuksista, joita kerätään tekemällä tietokantahakuja käyttäen eri hakusanoja ja hakulausekkeita. Hakua tehtäessä on selvítettävä myös aineiston mukaanotto- ja poissulkukriteerit, koska ne auttavat tunnistamaan oikeanlaista, työssä tarvittavaa kirjallisuutta. Niiden avulla katsaus pysyy tarkastelun kohteessa ja aineiston koko on hallittavissa. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 25 – 26.)

Tämä opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus, jossa pyritään selvittämään, mitä uutta, tutkittua tietoa yksinäisyyden vaikutuksesta terveyteen on viime vuosina saatu. Aineiston keruussa käytettiin apuna tietokantoja CINAHL/Ebsco, Medline/Ovid ja PubMed, koska materiaalia oli niissä runsaasti saatavilla. Suomenkielisistä tietokantahauista haku ei tuottanut tuoretta tieteellistä tietoa, joten suomenkielinen materiaali rajattiin pois tutkittavasta aineistosta.

Yleinen Suomalainen Asiasanasto (YSA) antoi hakusanalle 'yksinäisyys' rinnakkaiskäsitteen vain ruotsiksi, 'ensamhet'. Termix-tietokannassa hakusanalle 'yksinäisyys' tuli rinnakkaiskäsitteeksi ainoastaan englanninkielinen 'loneliness' ja sen yläkäsite 'social isolation'. Alustava tietokantahaku tehtiin hakulausekkeella 'loneliness AND health' ja aikarajaus oli vuodesta 2000 nykyhetkeen. Viitteiden silmäilyn jälkeen lisättiin hakulausekkeeseen 'social isolation' termin 'loneliness' vaihtoehtoiksi. Alustavat kaksi hakua 'loneliness OR social isolation AND health' -hakulausekkeella tuotti tuhansia viitteitä, jolloin hakua rajattiin.

Tutkimuksen kohteena tässä työssä on kaikki terveyteen liittyvä, joka tulee yksinäisyyden ja sosiaalisen eristäytymisen myötä, joten hakusanaa 'health' ei rajattu mitenkään hakua tehtäessä. Uusi haku tietokannoista tuotti aikarajauksella 2012 – 2018 edelleen satoja viitteitä, joten hakua rajattiin enemmän.

Aineiston sisäänottokriteereinä tietokantahaussa olivat lopulta:

- teksti on julkaistu vuosina 2012 – 2018,
- teksti on englanninkielinen,
- saatavuus kokotekstinä ja löydettävissä,
- maksuttomuus ja avoimesti saatavilla,
- teksti vastaa tutkimuskysymyksiin,
- teksti on alkuperäistutkimus, tutkimusartikkeli tai tieteellinen artikkeli ja
- tekstissä oleva tutkimus koskee yli 19-vuotiaita aikuisia.

Tietokantahakua tehtäessä aineistoa poissulkevinä kriteereinä olivat:

- teksti oli julkaistu ennen vuotta 2012,
- se ei ollut englanninkielistä,
- se ei ollut saatavilla kokotekstinä,
- maksullisuus,
- se ei vastannut tutkimuskysymyksiin ja
- se koski lapsista ja alle 19-vuotiaista tehtyjä tutkimuksia.

Tietokantahaun tuloksena CINAHL/Ebsco tuotti 395 viitettä ja Medline/Ovid 496 viitettä sekä PubMed 1052 viitettä. Haun jälkeen viitteet käytiin manuaalisesti läpi, jolloin julkaisuaika rajattiin lyhyemmäksi koskemaan julkaisuja vuosilta 2015 – 2018. Aineiston manuaalisessa haussa loneliness -sanon synonyymiksi otsikkoon tai muualle artikkelin tekstiin hyväksyttiin myös termi 'social relationships'. Lopulta aineistoon valikoitui niitä, joiden otsikossa oli yksinäisyyteen tai sosiaaliseen eristäytymiseen ja terveyteen tai sairauteen viittaava asia. Mukaan otettuja tutkimusartikkeleita tuli esiin myös Suomen lääkärilehden 27.3.2018 julkaistun artikkelin myötä, josta oli linkki tutkimusartikkeleita julkaisevaan Heart Online -lehteen. Opinnäytetyöhön mukaan otettuihin teksteihin valikoitui eri asioita käsittelevää, ajantasaista tutkimustietoa, koska tietoa oli tarkoitus saada monipuolisesti eikä vain yhtä asiaa koskevaa. Aineiston koko on 14 englanninkielistä, vuosina 2015 – 2018 julkaistua alkuperäistutkimusta tai tutkimusartikkelia, jotka käsittelevät aikuisten yksinäisyyteen liittyvää tutkimusta ja ovat vastaamassa tutkimustehtävään. Kaikki tekstit ovat maksuttomia ja saatavilla kokotekstinä. Aineisto on kuvattuna liitteessä 1.

3.3 Sisällönanalyysi

Tutkimuskohteesta kerätystä aineistosta saadaan tietoa, kun sille tehdään sisällönanalyysia (Hsieh & Shannon 2005, teoksessa Kylmä & Juvakka 2007, 112). Eskolan ja Suorannan (2000, 137) mukaan aineistoa analysoimalla sitä selkeytetään ja siten voidaan tuottaa uutta tietoa. Analysoimalla aineistoa on mahdollista kuvailla tutkittavaa aihetta, muodostaa muun muassa käsitejärjestelmiä, käsitekarttoja ja malleja, jotka kuvaavat tutkimuskohdetta (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011, 139). Sisällönanalyysi on Seitamaa-Hakkaraisen (2014) mukaan analysoitavan aineiston sisällön tai rakenteen kuvaamista, jossa sisältöön voi kuulua aihe tai teema ja rakenteeseen esimerkiksi tekstin käyttö. Aineiston sisältöä analysoitaessa kvalitatiivisesti kiinnostuksen kohteena ovat tutkimuskohteeseen liittyvät sisällölliset merkitykset. Kylmä ja Juvakka (2007, 112 – 113) toteavat, että kerätyn aineiston sisältöä analysoimalla tutkimuskohdetta on mahdollista kuvata. Analyysia ohjaavat heidän mukaansa tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelma ja vastausta haetaan yksinomaan tutkimuskysymyksiin, kaikkea materiaalissa olevaa tietoa ei tarvitse käsitellä.

Sisällönanalyysi on mahdollista tehdä induktiivisesti, aineistolähtöisesti, jolloin aineistosta ja yksittäisistä havainnoista on tarkoitus luoda teoreettinen kokonaisuus, tai deduktiivisesti, teorialähtöisesti, jossa analyysin pohjana on jokin tietty teoria, malli tai tietyt ajatukset (Lauri & Kyngäs 2005, 61 – 63, sekä Tuomi 2007, 129 – 131), jotka toimivat analyysirunkona (Kyngäs ym. 2011, 139). Tuomi ja Sarajärvi (2013, 95) mainitsevat myös kolmannen tavan eli abduktiivisen päättelyn, tieteellisen päättelyn logiikan, jossa teoria voidaan muodostaa, kun havainnoissa on nähtävissä jokin johtoajatus.

Sisällönanalyysi on tässä työssä suoritettu lukemalla ensin valitut tekstit läpi ja selvittämällä mitä yksinäisyyteen ja terveyteen liittyviä teemoja niissä käsitellään. Tutkimuksessa on lähdetty liikkeelle puhtaasti aineistosta käsin ja runko on muodostettu sen mukaan, eli ryhmittelemällä artikkelit aiheen mukaan, mikä on sitten ollut myös perustana tutkimustuloksien käsittelylle.

4 TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA

Tämän opinnäytetyön pääkäsite on yksinäisyys. Toiset tutkijat jakavat sen subjektiiviseen ja objektiiviseen yksinäisyyteen, toiset määrittelevät sen emotionaalisena yksinäisyytenä ja sosiaalisena yksinäisyytenä tai eristäytymisenä. Tässä työssä käytetään kaikkia termejä. Yksinäisyys -käsitteen jälkeen tässä luvussa käsitellään aikaisempaa, ennen vuotta 2015 julkaistua tutkimusta ja sen jälkeen vielä yksinäisyyden mahdollisia vaikutuksia omahoitoon.

4.1 Yksinäisyyden määritelmiä

Yksinäisyys määritellään Kielitoimiston sanakirjassa (2018) kahdella eri tavalla. Ensimmäisen määritelmän mukaan sana tarkoittaa 'yksin oloa' ja 'muista erillistä, eristeistä tai syrjäistä sijaintia', esimerkiksi 'viihtyä yksinäisyydessä' ja 'erämaan yksinäisyys'. Sanakirjan toisen määritelmän mukaan yksinäisyys on 'yksin olemisen kokemus', kuten 'kärsiä yksinäisyydestä'. Yksinäisyys voi siis olla mukavana ja rentouttavana pidettyä myönteistä yksin olemista, lepoa tai hoitavaa yksinäisyyttä, sekä ahdistava, kielteisiä tunteita herättävä olotila. Yksin ollessaan, yksin asuessaan tai eristäytyneenä muista ihmisistä ei aina ole yksinäinen ja suuressa väkijoukossa tai tiiviissä parisuhteessa voi olla hyvinkin yksinäinen. (Junttila 2016, 54 – 55, 68, sekä Savikko 2008, 14 – 15.) Yksinäisyyden positiivista ja negatiivista merkitystä erottaa vapaaehtoisuus: haluttu, positiivinen yksinäisyys on vapaaehtoista, kun taas negatiivinen yksinäisyys on ei-toivottua.

Yksinäisyys on Weissin (1973) määrittelemänä ”ihmisten välisten vuorovaikutussuhteiden ongelmana” todettu jo 1970-luvulla kielteiseksi ja ahdistavaksi olotilaksi. Ihmisen perustarpeisiin kuuluvat hänen mukaansa sosiaalinen tarve olla läheisessä kiintymyssuhteessa ja tarve olla osana muiden ihmisten, ystävien ja vertaisten, muodostamaa joukkoa, jolloin voi olla sosiaalisesti vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Silloin kun edellä mainitut tarpeet jäävät vajaiksi joko määrältään tai laadultaan, tunnetaan yksinäisyyttä. (Teoksessa Junttila 2016, 53.) Nykyäänkin yksinäisyyttä pidetään Junttilan (2016, 53, 56) mukaan kielteisenä psyykkisenä tilana, jossa ihmissuhteiden vähyys ja koettu huonous synnyttävät ahdistuksen, alemmuuden ja tarkoituksettomuuden tunteita, alentavat itseluottamusta ja lisäävät tunnetta syrjäytymisestä. Yksinäisyyden jatkuessa

pitkään, siitä on vaikeampi päästä irti, jolloin siitä tulee helposti pysyvä olotila (Kauhanen 2017, 1337).

Yksinäisyys voi olla tilannesidonnaista, usein melko lyhytaikaista yksinäisyyttä, jolla on selkeä ulkoinen syy, tai kroonistunutta yksinäisyyttä, jota voidaan pitää pitkäkestoisena psykologisena ongelmana (Brülde & Fors 2015, 47). Yksinäisyys voidaan myös määrittellä subjektiivisena, eli koettuna ja tunteisiin liittyvänä, tai objektiivisena, jolloin sen ajatellaan olevan mitattavissa. Seuraavassa käsitellään tarkemmin subjektiivista ja objektiivista yksinäisyyttä.

4.1.1 Subjektiivinen eli emotionaalinen yksinäisyys

Ihmisellä on tunneperäinen tarve olla yhteydessä muiden ihmisten kanssa ja silloin kun tämä tarve ei toteudu, se koetaan subjektiivisesti yksinäisyytenä (Saari 2016, 33). Junttilan (2016, 54 – 55) mukaan subjektiivisuus yksinäisyyden kokemisessa saa aikaan sitäkin, että voi tuntea itsensä yksinäiseksi, vaikka on osa suurta yhteisöä. Kokemus voi olla joukkoon kuulumattomuutta. Koska kokemus on subjektiivinen ja emotionaalinen, vain yksittäinen ihminen voi itse kertoa, tunteeko yksinäisyyttä vai ei. Steptoe ym. (2013) esittävät yksinäisyyden olevan silloin sosiaalisen eristäytymisen psykologinen ilmentymä, jolloin Pinquartin ym. (2003) mukaan yksilön omat halut ja todelliset ihmis-suhteet ovat ristiriidassa keskenään (artikkelissa Grif Alspach 2013, 8). Yksinäisyyden voidaan silloin ajatella kuvaavan vajetta, joka on sosiaalisen verkoston todellisen laadun ja määrän sekä halutun laadun ja määrän välillä (Weiss 1973, artikkelissa Tanskanen & Anttila 2016, 2042).

Ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa syntyy Saaren (2016, 33) sanoin ”emotionaalista energiaa”, joka on vahvasti yhteydessä subjektiiviseen, koettuun hyvinvointiin ja terveyteen, mutta Junttila (2016, 55) toteaa kuitenkin, että vieraiden ihmisten joukko ei ole ihmissuhde, vaan satunnaisesti kohdattuja henkilöitä, jolloin vuorovaikutussuhteet eivät ole merkityksellisiä. Lisäksi on todettu, että suhteiden laatu ja tyydyttävyyys ovat tärkeämmät yksinäisyyden määrittämisessä kuin yhteyksien todellinen lukumäärä (Tilvis, Laitala, Routasalo & Pitkälä 2011). Kielteinen emotionaalinen yksinäisyys on pitkän ajan kuluessa haitaksi, koska voimakkaat kielteiset tunteet ahdistus ja levottomuus ovat

sidoksissa mielenterveyden ongelmiin (Junttila 2016, 56) samoin kuin fyysiseen hyvinvointiin (Ruuskanen 2011, 754).

4.1.2 Objektiivinen eli sosiaalinen yksinäisyys

Objektiivinen ja sosiaalinen yksinäisyys eli sosiaalinen eristäytyminen liittyy Saaren (2016, 33) mukaan sosiaalisten suhteiden määrään. Kun tutkitaan yksinäisyyttä objektiivisen yksinäisyyden näkökulmasta, kiinnitetään huomio sosiaaliseen verkostoon, vuorovaikutustilanteiden määrään ja keskitytään muun muassa ystävien ja sukulaisten kanssa tapahtuviin kohtaamisiin sekä osallistumisiin erilaisiin tilanteisiin, toimintoihin ja tapahtumiin. Usein sosiaalista eristäytymistä mitataan laskemalla ystäviä ja kavereita unohtaen samalla, että myös sosiaalinen yksinäisyys tuntuu sisäisenä kokemuksena, jolloin jollekin voi yksi ystävä olla tarpeellinen määrä ja toiselle kymmenen ystävää ei ole tarpeeksi (Junttila 2016, 57). Sosiaalinen eristäytyminen on enemmän yhteydessä sosiaalisen verkoston pienenemiseen tai rajoittumiseen kuin ihmisen omiin kykyihin luoda ja ylläpitää sosiaalisia suhteita (Tanskanen & Anttila 2016, 2042).

Junttila (2016, 54 – 56) painottaa yksinäiseksi itsensä kokevan ja ympärillä olevien ihmisten välistä suhdetta. Kun ihmissuhteet eivät ole toimivia ja laadultaan tyydyttäviä eikä niiden määrä täytä sosiaalisia tarpeita, yksinäisyydestä kärsivä jää ulkopuoliseksi ja toisinaan myös muille näkymättömäksi. Kyseinen määritelmä mukailee Nicholsonia (2009, 1346, artikkelissa Grif Alspach 2013, 8), joka kuvaa sosiaalista eristäytymistä tilana, jossa sosiaalisesti mukaan kuulumisen tunne puuttuu, ei ole sidonnaisuuksia toisiin ihmisiin, on vain vähäinen määrä sosiaalisia kontakteja, jotka eivät ole laadultaan ja määrältään tyydyttäviä.

4.2 Yksinäisyyden vaikutusta terveyteen aikaisempien tutkimuksien mukaan

Yksinäisyyden ja terveyden yhteyttä on 2000-luvulla tutkittu paljon. Jo vuosia sitten on todettu yksinäisyyden lisäävän kuolleisuutta melkein samoissa määrin kuin tupakoinnin ja että yksinäisyys aiheuttaa enemmän ennenaikaista kuolleisuutta kuin lihavuus ja liikumattomuus (Grif Alspach 2013, 9). Pitkäaikainen stressitila pitää yllä elimistön lievää tulehdusta ja heikentää fyysistä ja psyykkistä tasapainoa, mikä vaikuttaa terveydentilaan

ja hyvinvointiin. Kun aivoterveys huononee, mieli rasittuu ja kognitiiviset kyvyt huononevat, millä on osaltaan vaikutusta terveyden heikkenemiseen ja sairauksien puhkeamiseen, jotka taas lisäävät yksinäisyyttä. (Korkeila 2017, 213, sekä Müller & Lehtonen 2016, 73.)

Kauhanen (2016, 96) on todennut yksinäisyyden tuntemuksen olevan kiinteästi yhteydessä fyysiseen terveydentilaan. Hänen mukaansa jokainen tarvitsee turvallisen sosiaalisen ympäristön ja vuorovaikutusmahdollisuuksia, jotta voi pysyä terveenä. Tunteiden merkitystä terveydelle ei pidä aliarvioida. Kun jatkuvasti passiivisesti esimerkiksi pohtii apean mielialan syitä ja seurauksia, tulee samalla lisänneeksi omaa psyykkistä pahoinvointiaan. Monet elimistön reaktiot ovat sidoksissa tunteisiin, esimerkiksi ajattelu, kognitiivinen toimintakyky, mielialat sekä niin aivojen kuin koko ihmisen biologia ja fysiologia. Reaktioita ovat muun muassa lihasjänteys, ruuansulatus, sydämen syke ja kasvojen ilmeet. (Müller & Lehtonen 2016, 78, 82 – 83.) Nummenmaa, Glerean, Hari ja Hietanen (2014, 646 – 648) ovat selvittäneet tunteiden ilmenemistä eri ruumiinosissa ja yhdistäneet koettuja perustunteita kuten vihaa, pelkoa, inhoa ja iloa tuntemuksiin rintakehässä, eli muutoksiin esimerkiksi sydämen sykkeessä ja hengityksessä.

Grif Alspach (2013, 9) on listannut yksinäisyystunteiden myötä elimistössä ja terveydessä näkyviä toiminnallisia, psykososiaalisia ja fysiologisia vaikutuksia, joita ovat muun muassa:

- vähentynyt fyysinen aktiivisuus,
- vähentynyt motorinen toiminta,
- masennusoireet,
- unihäiriöt ja päiväaikainen vajaatoiminta,
- vähentynyt psyykkinen ja kognitiivinen toiminta,
- lisääntynyt systolinen verenpaine,
- lisääntynyt sympaattinen tonus ja verisuonivastus,
- lisääntynyt hypotalamuksen, aivolisäkkeen ja lisämunuaisten kuorikerroksen muodostaman neuroendokriinisen HPA-akselin toiminta,
- geenimuutokset liittyen tulehduksen vastaiseen reaktioon ja
- muutokset vastustuskyvyssä.

Yksinäisyys vaikuttaa siis elimistön puolustusmekanismeihin, nostaa riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin sekä neurologisiin sairauksiin. On todettu, että yksinäisillä tulehdusta säätelevien geenien virheellinen toiminta käynnistää inflammaation, viruk-

sien aiheuttamat infektiot tarttuvat helposti yksinäisiin ja että heillä on suurempi verenpaineen kohoamisen riski. (Ruuskanen 2011, 754.) Lisäksi on saatu selville, että yksinäisyys vaikuttaa nukkumiseen ja huonontaa unen laatua (Huttunen 2014, 1271 – 1272). Nukkuminen voi olla katkonaista (Grif Alspach 2013, 9), mikä johtaa väsymykseen päivällä. Unettomuus, unijaksojen katkeamiset ja häiriöt syvässä unessa ovat riskitekijä hyvinvoinnille (Suomen Mielenterveysseura, Nd). Vanhoilla, itsensä yksinäiseksi kokevilla ihmisillä kognitiivisen toimintakyvyn on huomattu heikkenevän ja tutkijoiden mukaan se ennakoii pysyvää laitoshoidoa (Tilvis, Pitkälä, Jolkkonen & Strandberg 2000, 2139), mutta yksinäisyyden on todettu ennakoivan myös ennen aikaista kuolemaa (Tilvis ym. 2011, 3 – 4, sekä Ruuskanen 2011, 754).

Sosiaalisella tuella on vastaavasti todettu olevan positiivista vaikutusta verenpaineeseen sekä hormoni- ja immuunitoimintaan, koska se suojaa elimistöä stressiltä (Argyle 1999, ja Myers 1999, teoksessa Brülde & Fors 2015, 49). Artikkelissaan J. Huttunen (2003, 2131 – 2132) määrittelee sosiaalisen tuen voivan olla emotionaalista, taloudellista ja tietotukea, sitä ystävä- ja tuttavaverkon antamaa tukea, joka edistää terveyttä. Hyvät ihmissuhteet, sosiaalinen aktiivisuus ja positiivisuus ovat hänen toteamanaan terveyden perustaa.

4.3 Yksinäisyys vaikuttaa omahoitoon

Sosiaaliset tekijät risteävät terveyskäyttäytymisen ja terveyteen vaikuttavien valintojen kanssa. Tutkijat ovat tunnistanee kolme pääpolkua, käyttäytymis-, psykologiset ja fysiologiset mekanismit, joiden kautta sosiaaliset suhteet voivat vaikuttaa terveyteen (Berkman & Glass 2014, sekä Hawkey & Cacioppo 2010, artikkelissa Valtorta, Kanaan, Gilbody, Ronzi & Hanratty 2016). Yksinäisyyden ja terveyden väliltä on Cacioppo ja Patrickin (2008) mukaan löydetty myös viisi syysuhteista yhteyttä, jotka ovat terveyskäyttäytyminen, stressitekijät, koettu stressi ja selviytyminen, fysiologiset vastaukset stressiin sekä univaikeudet (teoksessa Saari 2009, 45 – 46).

Tutkimusten mukaan yksinäisyys vaikuttaa negatiivisesti ajatteluun ja sosiaaliseen tajuun. Yksinäiset ovat tarkkaavaisempia sosiaalisista merkeistä, kuten kasvojen ilmeistä ja äänenpainoista, ja nämä merkit tulkitaan kielteisinä. Lisäksi toisiin ihmisiin suhtaudutaan kriittisesti, heitä pidetään helpommin uhkina tai ynseinä eikä heihin luote-

ta, mikä osaltaan lisää välimatkaa muihin. (Brülde & Fors 2015, 50.) Yksinäisillä on aivojen toiminnassa Ruuskasen (2011, 754) mukaan todettu myös häiriöitä, jotka saattavat olla syynä esimerkiksi hallitsemattomaan syömiseen tai alkoholin käyttöön.

Yksinäisyyden yhteys terveyskäyttäytymiseen on tärkeä huomioitava seikka. Sosiaaliset suhteet näyttävät vaikuttavan terveyskäyttäytymiseen myönteisesti, joten yksinäisten ja sosiaalisesti eristäytyneiden terveys voi heiketä, koska heillä ei ole sosiaalista ja ympäristön tukea. (Valtorta & Hanratty 2012, 520.) Sekä emotionaaliseen että sosiaaliseen yksinäisyyteen yhdistetään terveyteen vaikuttavaa riskikäyttäytymistä, esimerkiksi tupakointia ja fyysistä passiivisuutta (Shankar, McMunn, Banks & Steptoe 2011, 377). Yksinäisellä läheisten puuttuminen ja heikot sosiaaliset kontaktit ovat siis mahdollistamassa terveyden laiminlyöntiä, koska rajoittavaa sosiaalista kontrollia ei ole (Saari 2009, 45). Myös vaikeaksi koettu tilanne, esimerkiksi hankalissa olosuhteissa, on joillakin vaikeuttamassa kykyä hyviin terveysvalintoihin, kuten tupakoinnin lopettamiseen. Hyvien valintojen tekeminen on vahvasti sidoksissa siihen, minkälaisessa asemassa kyseessä oleva epäterveellinen tapa on omassa monimutkaiseksi koetussa elämässä, esimerkiksi minkälainen rooli tupakoinnilla on itselle, toimiiko se ehkä apuna selviytymisessä. (Bates & Machin 2016, 645.)

Kauhanen (2016, 107) esittelee turvattomuuden näkökulman yhdeksi huonojen elintapojen syyksi. Sen mukaan yksinäiset kokevat ympäristön niin kielteisenä, että he tiedostamattaan pitävät silmällä kuviteltuja sosiaalisia uhkatilanteita, minkä takia heidän elimistönsä on jatkuvasti varuillaan, valmiina pakenemaan. Jatkuvan stressitilan takia heillä ei enää ole voimia elimistön itsesäätelyyn eikä sopeutuminen muuttuneisiin tilanteisiin onnistu helposti. Heikenneet säätelymekanismit saattavat Kauhasen mukaan olla yksi yhdistävä tekijä yksinäisyydelle ja huonoille elintavoille. Tavoitteellinen toiminta muuttuu vaikeammaksi, kun ei itse pysty säätelemään ajatuksiaan, tunteitaan ja käyttäytymistään. Terveelliset elintavat voivat siis epäonnistua puutteellisen sopeutumiskyvyn takia, jolloin terveyden riskitekijät epäterveellinen ruokavalio, tupakka, alkoholi ja muut päihteet sekä liikkumattomuus pysyvät tiukasti yksinäisen elämässä.

5 TULOKSET

5.1 Sosiaalinen verkosto

Vertailtaessa subjektiivisen yksinäisyyden ja sosiaalisen verkoston komponenttien, eli sosiaalisen verkoston koon, laadun ja kontaktien määrän, suhdetta terveyteen eri maissa, huomataan niissä olevan vain vähän eroja. Rico-Uribe, Caballero, Olaya, Tobiasz-Adamczyk, Koskinen, Leonardi, Haro, Chatterji, Ayuso-Mateos ja Miret (2016) ovat selvittäneet eroja kolme maata, Suomi, Puola ja Espanja, käsittävässä tutkimuksessaan. Siinä selvisi, että Suomessa on vähiten yksinäisyyttä ja että sosiaalisia suhteita on Suomessa ja Espanjassa enemmän kuin Puolassa, jossa taas suhdeverkoston laatu koetaan parhaimmaksi. Tutkimuksesta paljastui, että Suomessa subjektiivisen yksinäisyyden yhteys terveyteen on suurempi kuin Puolassa tai Espanjassa.

Sosiaalisen verkoston komponenteista kontaktien määrä verkoston jäseniin oli ainoa, jolla Rico-Uriben ym. (2016) mukaan oli merkittävä yhteys terveyteen. Kaikissa kolmessa maassa subjektiivinen yksinäisyys oli muuttuja, joka vahvimmin oli suhteessa terveyteen masennuksesta, iästä tai muista muutostekijöistä riippumatta. Tutkimuksesta kävi ilmi, että subjektiivisella yksinäisyydellä on niin vahva yhteys terveyteen, mikä on enemmän kuin voidaan selittää muutostekijöillä kuten iällä, sukupuolella, siviilisäädylä, kotitalouden koolla tai koulutuksella. Subjektiivisen yksinäisyyden yhteys terveyteen on selvästi suurempi kuin sosiaalisen verkoston eri komponenttien yhteys, mikä Rico-Uriben ym. (2016) mukaan tukee aikaisempaa tutkimusta. Tässä tutkimuksessa yksinäisyyden ja terveyden suhde näkyy kuitenkin vahvempana nuoremmissa aikuisissa kuin vanhemmissa. Tutkijat toteavatkin olevan merkityksellistä harkita myös subjektiivisten yksinäisyystunteiden selvittämistä eikä vain terveysongelmista kärsivän sosiaalista verkostoa. (Rico-Uribe ym. 2016.)

Yksinäisyys on yhteydessä myös masennusoireiden ilmaantumiseen. Ge, Yap, Ong ja Heng (2017) ovat määrittäneet yksinäisyyden ja sosiaalisen eristäytymisen tunnusmerkien, eli muun muassa siviilisäädyn, asumisjärjestelyn, sosiaalisten yhteyksien sukulaisiin ja ystäviin, yhteyttä ja niiden yhteyksiä masennusoireiden kanssa. Sosiaalisella eristäytyneisyydellä ja yksinäisyydellä on heidän mukaansa merkittävä yhteys toisiinsa. Sosiaalinen eristäytyminen yhdistetään masennusoireisiin erityisesti, jos yhteydenpito

sukulaisiin ja ystäviin on vähäistä. Tämä yhteys säilyy riippumatta muutostekijöistä kuten ikä, sukupuoli tai asema työelämässä. Tutkimuksesta on selvinnyt myös, että ystäväkontaktien vaikutus masennusoireisiin on hallitsevampi kuin sukulaiskontaktien vaikutus. Yksinäisyyden yhteys masennusoireisiin on tutkimuksessa paljastunut riippumattomaksi ja vahvemmaksi kuin sosiaalisen eristäytymisen. Ge ym. (2017) painottavatkin ystävyyden merkitystä masennusoireiden ehkäisyssä ja lieventämisessä, koska sillä on suurempi vaikutus kuin esimerkiksi naimisissa olemisella tai asumisjärjestelyllä.

5.2 Yksinäisyysinterventiot

Courtin ja Knapp (2017) toteavat yksinäisyystutkimusta kartoittavassa katsauksessaan interventioihin liittyvän puutteen: niistä on vain vähän tietoa. He ovat selvittäneet yksinäisyysinterventioihin liittyvää kirjallisuutta, joka sisältää arvioinnin intervention vaikutuksesta terveydentilaan. Näyttöön perustuvaa tietoa on vähän saatavilla, heidän aineistossaan on vain yhdeksän vuoden 1984 jälkeen julkaistua tutkimusta. Suurin osa niistä koskee tapoja vähentää yksinäisyyttä ja eristäytymistä ja vain yksi keskittyy selvästi terveyteen. Kasvatuksellista interventiotapaa on kyseisen tutkimuksen mukaan käytetty onnistuneesti iäkkäämpien hoidossa, kun taas kahdenkeskiset interventiot ovat muilla toimineet heitä paremmin.

Uusina keinoina on joissain yhteyksissä otettu käyttöön moderniin teknologiaan perustuvaa verkkopohjaista viestintää ja ryhmäinterventioita, jotka ovat merkittävästi vaikuttaneet yksinäisyyden vähenemiseen (Courtin & Knapp 2017). Landeiro, Barrows, Nuttall Musson, Gray ja Leal (2017, 1) ovat todenneet interventioita olevan vain kahta päätyyppiä, edellä mainitut ryhmäinterventiot, esimerkkeinä tukiryhmät, muisteluterapia ja videoneuvottelu, sekä kahdenkeskiset interventiot, joita ovat muun muassa tietokoneen käytön opetus, vapaaehtoisvierailijat, eläinkumppanit.

Iäkkäiden ihmisten yksinäisyyttä on Courtinin ja Knappin (2017) mukaan tutkittu enemmän kuin sosiaalista eristäytymistä, jotka molemmat ovat yleisiä vanhojen keskuudessa. Molemmat vaikuttavat kielteisesti terveyteen, mutta niiden syyseuraussuhteista ja mekanismeista on suhteellisen vähän tietoa. Suurin osa tutkimuksesta keskittyy heidän mukaansa yksinäisyyden vaikutuksiin terveyteen ja useimmiten on tutkittu yksinäisyyden yhteyttä masennukseen ja sydän- ja verisuonisairauksiin. Courtin ja Knapp

(2017) toteavat, että interventioden vaikutuksia selvittävien tutkimuksien lisäksi riskialttiina olevien alaryhmien tutkimuksia on tehty vähän.

Espanjassa on kuitenkin pilotoitu monitahoisella interventiolla, jolla on onnistuttu vaikuttamaan iäkkäiden ihmisten yksinäisyyteen. Intervention pohjana oli ryhmä ja sen ohjelma koostui yhteisestä toiminnasta, jonka tavoitteena oli rakentaa ja vahvistaa verkostoa alueen toimijoiden välillä, kuten terveydenhuoltokeskusten, seniorikeskusten ja sellaisten paikallisyhteisöjen, joissa iäkkäät ihmiset voivat osallistua toimintaan. Espanjassa kokeiltu interventio käsitti yksilö- ja lähialueella yksinäisyyteen liittyviä rakenteellisia, kognitiivisia, sitovia, siltaa rakentavia ja linkittäviä osia. Ennen kaikkea se perustui käyttäytymisen muuttamiseen. (Coll-Planas, Valle Gomez, Bonilla, Masat, Puig & Monteser 2017.)

Coll-Planasin ym. (2017) mukaan sosiaalisia voimavaroja tukevia kolmea ryhmää vetivät sairaanhoitajat ja sosiaalityöntekijät, mutta mukana ohjaamassa toimintaa oli myös joukko 67 – 82-vuotiaita vapaaehtoistyöntekijöitä. Ryhmät kokoontuivat kerran viikossa 1,5 tuntia kerrallaan 15 viikon ajan, jolloin ne kävivät eri paikoissa lähialueella, kuten seniorikeskuksissa, kirjastoissa, museossa ja kulttuurikeskuksessa, sekä osallistuivat erilaisiin toimintoihin, joihin kuului muun muassa tarinankerrontaistuntoja, erilaisia tietotuokioita, käsityöpaja, elokuva, kirjallisuuspalkintotilaisuus ja terveystalkoot.

Intervention vaikutukset olivat Coll-Planasin ym. (2017) tutkimuksen mukaan merkittävät. Pitkän aikavälin vaikutuksia arvioitaessa tutkijat huomasivat, että yksinäisyys oli vähentynyt huomattavasti samoin kuin sekä emotionaalinen että sosiaalinen yksinäisyys itsenäisinä, ja vastaavasti sosiaalinen osallistuminen oli lisääntynyt. Masennusoireet olivat tutkimuksen mukaan vähentyneet merkittävästi, mutta itse arvioidussa terveydessä ei ilmennyt suuria muutoksia. Intervention jälkeen 25 osallistujaa jatkoi yhteydenpitämistä vähintään yhteen ryhmäläiseen ja lähes puolet heistä oli vielä kahden vuoden jälkeen tekemisissä toistensa kanssa. 47 prosenttia osallistujista aloitti uusia harrastuksia heti intervention jälkeen ja 39 prosenttia jatkoi sitä seuranta-ajan lopussakin. Lisäksi he olivat aktivoituneet muun muassa vapaaehtoistyöntekijöinä ja muistia tukevassa toiminnassa. Tutkimuksessa todettiin aktivoituneiden kokevan tyydytystä ja hyvinvointia, koska he tunsivat tarpeidensa täyttyvän. (Coll-Planas ym. 2017.)

5.3 Terveydenhuollonpalvelujen käyttäminen

Yksinäiset iäkkäämmät aikuiset, joilla ei ole sosiaalisia suhteita ja jotka tuntevat itsensä eristäytyneiksi, arvioivat fyysisen terveytensä matalammaksi kuin sosiaalisesti aktiivisemmat, minkä aikaisempien tutkimusten valossa on ajateltu lisäävän lääkärikäyntejä, jotka eivät liity suoraan terveydentilaan, masennukseen tai somaattisiin sairauksiin. (Valtorta & Hanratty 2012.) Keväällä 2018 julkaistussa tutkimuksessa Valtorta, Collingridge Moore, Barron, Stow ja Hanratty (2018) kuitenkin kyseenalaistavat edellä olevan väitteen yksinäisten monista lääkärikäynneistä ja toteavat, ettei ole selvää näyttöä, vaikuttavatko iäkkäiden ihmisten pelkät sosiaaliset suhteet terveydenhuollon palvelujen käyttämiseen. Samaa näkemystä tukevat Taube, Kristensson, Sandberg, Midlöv ja Jakobsson (2015), jotka toteavat että yksinäiset, terveydeltään hauraat, vanhat ihmiset käyvät ehkä useammin vastaanotolla, mutta käynneistä ei voi sanoa, että nimenomaan yksinäisyys on käynnin syynä. Pikemminkin kyse voi heidän mukaansa olla masentuneesta mielialasta.

Valtorta ym. (2018) ovat tutkimuksessaan selvittäneet yli 60-vuotiaiden aikuisten terveyspalvelujen käytön ja heidän sosiaalisten suhteidensa välistä yhteyttä. Sosiaaliin suhteisiin on luettuna mukaan yksinäisyys, eristäytyminen ja sosiaalinen tuki. Tutkimuksen mukaan ne, joilla on heikompi sosiaalinen tukiverkosto, joutuvat useammin uudelleen sairaalahoitoon ja silloin heille tulee enemmän hoitopäiviä. Mutta heillä ei ole vaatimuksia terveydenhoitopalvelujen käytölle enempää kuin heidän tilansa tarvitsee. (Valtorta ym. 2018.) Tauben ym. (2015) mukaan sairaalassa osastohoitoa tarvinneiden iäkkäiden määrässä ei kuitenkaan ole merkittävää eroa sen mukaan, onko iäkkäällä heikot vai vahvat sosiaaliset suhteet ympäristöön.

Valtorta ym. (2018) korostavat, että riippumatta terveysperäisistä tarpeista, lukuun ottamatta uudelleen sairaalaan joutumista, on olemassa vain rajallinen määrä näyttöä siitä, että sosiaaliset suhteet yksinään ilman terveysvaikutusta ovat yhteydessä terveydenhuollon palvelujen käyttöön. Toisaalta heidän tutkimuksessaan otetaan esille ajatus, että ne, jotka pitävät suhteitaan epätyytyttävänä, eivät ehkä käytä aktiivisia selviytymistapoja, kun taas vahvaa sosiaalista tukea saava voi olla uskollisempi terveydenhuollon asiakas. Tällöin yksinäisyyteen vaikuttamalla ei välttämättä vähennetä poliklinikkakäyntejä, tosin sosiaalisen tuen vahvistaminen voi vähentää hoitopäiviä sairaalassa ja ehkäistä uudelleen sairaalahoitoon joutumisen. (Valtorta ym. 2018.) Huomion arvoinen on Coll-

Planasin ym. (2017, 154) selvitys, että yksinäisyyteen onnistuneesti vaikuttaneen intervention myötä terveydenhuoltopalvelujen käytössä ei tapahtunut muita muutoksia kuin, että käynnit sairaanhoitajan vastaanotolla lisääntyivät, mikä voi Coll-Planasin ym. (2018) mukaan johtua joko lisääntyneestä luottamuksesta sairaanhoitajiin, jotka olivat mukana interventiossa, tai vastuullisemmasta otteesta omaan terveyteen.

5.4 Yksinäisyyden vaikutus aivoihin

Zhong, Chen ja Conwell (2016) toteavat että yksinäisyys on iäkkäällä ihmisellä riskitekijä kognitiiviselle toimintakyvylle. Sosiaalisten kontaktien on todettu ehkäisevän tai hidastavan kognitiivisten kykyjen heikkenemistä ja sosiaalisen eristytymisen on vuorostaan todettu olevan kohonnut dementiariski ja altistavan kognitiivisille häiriöille. Ohimenevän yksinäisyyden kielteinen vaikutus kognitiiviseen toimintakykyyn on Zhongin ym. (2016) mukaan selkeä ja tutkimuksen mukaan samansuuntainen riippumatta lähtötasosta, hyvästä tai heikosta kognitiivisesta toimintakyvystä. Pitkäkestoisen, kroonisen yksinäisyyden kielteinen vaikutus on tutkimuksen mukaan ohimenevän yksinäisyyden vaikutustakin suurempi. Mitä parempi kognitiivisen terveyden lähtötaso on, sitä suurempi haittavaikutus kroonisella yksinäisyydellä on ajan mittaan kognitiiviseen toimintakykyyn.

Tutkimuksessaan Zhong ym. (2016) toteavat yksinäisyyden ja kognitiivisen toimintakyvyn laskun mahdollisten syiden voivan olla inflammatioissa ja hypotalamuksen, aivolisäkkeen ja lisämunuaisen kuorikerroksen muodostaman HPA-akselin lisääntyneessä toiminnassa. Koska yksinäisyys voidaan kokea päivittäisessä elämässä stressaavana ja masennusta aiheuttavana, se voi tutkijoiden mukaan vähentää vastustuskykyä ja pidentää HPA-akselin aktiivista toimintaa, mikä vuorostaan vahingoittaa neuroniverkostoja. Heidän mukaansa yksinäisyys on yhdistetty verenpaineen kohoamisen lisäksi diabetekseen, jotka vuorostaan ovat myös lisäämässä dementian riskiä.

Yksinäisyyden vaikutus näkyy myös unen määrässä. Riittämätön uni on jo aikaisemmissa tutkimuksissa liitetty kohonneen verenpaineen ja ylipainon riskiin ja vähentyneeseen päivittäiseen toimintaan, mutta Tighe, Dautovich ja McCrae (2016) ovat todenneet vähentyneen nukkumisajan olevan yhteydessä päiväaikaan yksin toimimiseen. Heidän tutkimuksensa mukaan yksin, ilman sosiaalista vuorovaikutusta suoritettujen toi-

mintojen seurauksena nukkumiseen käytetty aika vähenee ja valveillaoloaika ennen vuoteesta nousua lisääntyy. Tutkimuksessa todettiin, että toisen ihmisen passiivinen läsnäolo päivän toiminnassa ei vaikuta merkittävästi yöuneen, mutta aktiivinen yhdessä tekeminen vaikuttaa merkittävästi koko nukkumisaikaan positiivisella tavalla. Merkille pantavaa Tighen ym. (2016) mielestä on, että yksinäisen toiminnan yhteys vähenevään nukkumiseen koskee nimenomaan iäkkäämpiä.

Sosiaalisen ja emotionaalisen yksinäisyyden tunteet ovat yhteydessä nukkumiseen, nukahtamiseen ja unessa pysymiseen toteavat Hayley, Downey, Stough, Sivertsen, Knapstad ja Øverland (2017). Yksinäisyystunteet vaikuttavat nukkumiseen itsenäisesti ilman terveyden, elämäntavan tai sosiaalisten tekijöiden vaikutusta. Tutkimuksen mukaan taustalla vaikuttava psykologinen häiriö on todettu selitykseksi sosiaalisen yksinäisyyden yhteydelle nukkumisvaikeuksiin, mutta emotionaalisella yksinäisyydellä on mahdollisesti suora yhteys. Jos taustalla vaikuttavia yksinäisyyden tunteita onnistutaan vähentämään, sillä pystytään Hayleyn ym. (2017) mielestä mahdollisesti vähentämään nukkumishäiriöiden haittavaikutusta uniterveyteen ja psykologiseen hyvinvointiin.

5.5 Yksinäisyyden vaikutus sydämeen ja verenkiertoon

Sosiaalisesta ja emotionaalisesta yksinäisyydestä kärsivien on todettu kuuluvan riskiryhmään saada sepelvaltimotautikohtaus, aivohalvaus tai kuolla ennenaikaisesti, lisäksi sydän- ja verisuonitautien ennuste on heillä huonompi (Valtorta, Kanaan, Gilbody, Ronzi & Hanratty 2016). Tutkijaryhmä Hakulinen, Pulkki-Råback, Virtanen, Jokela, Kivimäki ja Elovainio (2018) on lähes puoli miljoonaa ihmistä käsittävässä otantatutkimuksessaan selvittänyt, että yksinäisillä ja sosiaalisesti eristäytyneillä on enemmän kroonisia sairauksia ja moni heistä tupakoi. Nämä ovat heidän tutkimuksessaan riskiä kasvattavia muutostekijöitä. Lisäksi Hakulinen ym. (2018) toteavat, että yksinäisillä ja sosiaalisesti eristäytyneillä ilmeni enemmän masennusoireita kuin niillä, jotka eivät kokeneet yksinäisyyttä missään muodossa. Valtorta ym. (2016) pohtivat lisäksi sosiaalisten suhteiden puutteen vaikutusta stressitilanteessa. He arvioivat yksinäisyyden merkityksen olevan silloin suurempi sairastuvuutta ajatellen.

Sosiaalisen eristäytymisen samoin kuin yksinäisyydenkin merkitys näkyy kohonneena riskinä saada sepelvaltimotautikohtaus, mutta Hakulisen ym. (2018) tutkimuksen mu-

kaan biologisiin, sosioekonomisiin ja terveyskäyttäytymisen muutostekijöihin vaikuttamalla sekä masennusoireiden vähenemisellä riski pienenee. Sosiaalisen eristäytymisen yhteys aivohalvaukseen on selkeä niin kuin yksinäisyydenkin yhteys. Molempia yhteyksiä selvitettäessä todettiin, että riski saada aivohalvaus on kohonnut, mutta vaikuttamalla samoihin muutostekijöihin kuin edellä, aivohalvauksenkin riski pienenee tilastollisesti merkityksettömäksi. Kohonneeseen riskiin voidaan siis vaikuttaa, koska riskitekijät ovat tunnettuja kuten ylipaino, tupakointi, matala koulutus ja olemassa olevat krooniset sairaudet. (Hakulinen ym. 2018.) Valtorta ym. (2016) korostavat, että sekä sosiaalinen että emotionaalinen yksinäisyys pitäisi ottaa huomioon, kun halutaan alentaa riskiä saada sepelvaltimotautikohtaus tai aivohalvaus ja ehkäistä sairastuvuutta niihin. Terveys ja hyvinvointi paranisivat samalla.

5.6 Yksinäisyyden ja sosiaalisen eristäytymisen vaikutus kuolleisuuteen

Tanskanen ja Anttila (2016) ovat 17 vuoden seurantatutkimuksessaan määrittäneet yksinäisyyden ja sosiaalisen eristäytymisen samanaikaista vaikutusta kuolleisuuteen. Tutkimus vahvistaa aikaisempia tutkimuksia sosiaalisen eristäytymisen yhteydestä kuolleisuuteen, mutta nostaa esille sosiaalisesti vähemmän eristäytyneet, joilla eristäytyminen silti lisää kuolemanriskiä. Tanskalaisessa seitsemän seurantavuoden pituisessa tutkimuksessa todetaan, että sosiaalinen eristäytyminen on yhteydessä 60 – 70 prosenttia lisääntyneeseen kuolleisuuteen (Laugesen, Munksgård Baggesen, Jóhannesdóttir Schmidt, Glymour, Lasgaard, Milstein, Toft Sørensen, Adler & Ehrenstein 2018).

17 seurantavuoden tutkimuksessa todetaan huonon terveyden, runsaan alkoholinkäytön, työttömyyden tai opiskelemattomuuden ja alhaisten tulojen olevan yhteydessä arvioituun yksinäisyyteen ja sosiaalisen eristäytymiseen. Naiset ja korkeasti koulutetut kokevat enemmän yksinäisyyttä, kun taas alemman koulutustason saaneet ovat sosiaalisesti eristäytyneempiä. Eniten sosiaalista eristäytyneisyyttä kokevat ne, jotka eivät koskaan harrasta fyysisistä liikuntaa. (Tanskanen & Anttila 2016.)

Yksinäisyydellä ei Tanskasen ja Anttilan (2016) mukaan ole merkittävää vaikutusta kuolleisuuteen, kun sitä on tutkittu samanaikaisena sosiaalisen eristäytymisen kanssa. Se tukee oletusta siitä, että yksinäisyydellä ja sosiaalisella eristäytymisellä on erilliset vaikutusväylät kuolleisuuteen. Kiinnostavana tutkimuksessa pidetään huomiota, ettei

yksinäisyydellä ja sosiaalisella eristäytymisellä ollut synergistä, samanaikaista, vaikutusta. Tanskasen ja Anttilan (2016) mielestä voisi helposti ajatella kuolemanriskin kasaautuvan niille, joilla ei yksinäisyydessään ole sosiaalisia suhteita. Tämä yhteys ei kuitenkaan ole merkittävä. Yhtenä selityksenä sille, ettei yksinäisyys vaikuta merkittävästi kuolleisuuteen, voi olla muutostekijöistä itse arvioitu terveys. Huonosta terveydestä ilmoittaneet kärsivät myös korkeimmalle tasolle arvioidusta yksinäisyydestä ja onkin mahdollista, että huono terveys voi johtaa yksinäisyyteen. Vahvaa näyttöä on kuitenkin siitä, että yksinäisyys aiheuttaa terveyden heikkenemistä. (Tanskanen & Anttila 2016.)

Laugesen ym. (2018) ovat sisällyttäneet tutkimukseensa useita kuolleisuuteen vaikuttavia muutostekijöitä, elintapojen lisäksi mukana on ollut piilevä, somaattinen ja psyykinen sairastuvuus sekä sosioekonominen asema, jotka ovat myös sosiaalista verkostoa pienentäviä. Edellä mainittujen lisäksi mainitaan tärkeinä ennen aikaiseen kuolemaan vaikuttavina tekijöinä myös maan sosiaalituran ja terveydenhuoltojärjestelmän rakenne. Tanskassa sen voisi ajatella vähentävän kuolleisuutta, mutta Tanskan vahvasta sosiaalijärjestelmästä huolimatta sosiaalinen eristäytyminen vaikuttaa silti kuolleisuuteen merkittävästi.

Myös Hakulinen ym. (2018) ovat selvittäneet tutkimuksessaan yksinäisyyden ja sosiaalisen eristäytymisen yhteyttä ennen aikaiseen kuolemaan sen jälkeen, kun on saanut sepelvaltimotautikohtauksen tai aivohalvauksen. Sosiaalisen eristäytymisen yhteyden ennen aikaiseen kuolemaan todettiin olevan itsenäinen riskitekijä, toisin kuin yksinäisyyden. Senkin jälkeen kun muutostekijöihin on vaikutettu, yhteys on tilastollisesti merkittävä. (Hakulinen ym. 2018.) Samaan tulokseen on päädytty Tanskassa selvitettäessä kaiken tyyppisten kuolinsyiden yhteyttä kuolleisuuteen. Siellä todettiin sosiaalisen eristäytymisen lisäävän kuolleisuutta miehillä 1,7- ja naisilla 1,6 -kertaisesti riippumatta sosioekonomisesta asemasta, elintavoista, psykiatrisesta tai somaattisesta sairastuvuudesta. Suurin riski kuolla ennen aikaisesti on ilman puolisoa tai kumppania elävillä. (Laugesen ym. 2018.)

Yksinäisyys on liitetty myös muihin kuolinsyihin kuin sydänkohtaukseen tai aivohalvaukseen. Tutkijat Rico-Urbe, Caballero, Martín-Maria, Cabello, Ayuso-Mateos ja Miret (2018) ovat määrittäneet yksinäisyyden yhteyttä kaiken tyyppisiin kuolinsyihin ja toteavat yksinäisyyden olevan riskitekijä ennen aikaiselle kuolemalle. Yksinäisyyden vaikutus on heidän mukaansa suurempi miehillä kuin naisilla, minkä selityksenä voivat olla

kulttuuriset syyt, joiden mukaan miehet eivät voi ilmaista yksinäisyystunteitaan vapaasti, jolloin yksinäisyyden seuraus on vakavampi. Tutkimuksessa pohditaan myös epäterveellisten elämäntapojen, kuten tupakoinnin ja alkoholiongelmien, yhteyttä miesten vahvempaan yhteyteen yksinäisyyden ja kuolleisuuden välillä, mutta todetaan yksinäisyyden olevan kuitenkin yhteydessä moniin terveysongelmiin, joten sitä voidaan verrata tunnustettuihin kuolleisuuden riskitekijöihin. (Rico-Urbe ym. 2018.)

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Kirjallisuuskatsauksessa tutkimusetiikan noudattaminen, raportoinnin oikeudenmukaisuus, tasavertaisuus ja rehellisyys korostuvat, kun aineistoa valitaan ja käsitellään (Kangasniemi ym. 2013, 297). Tässä opinnäytetyössä on noudatettu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistusta (2012, 6 – 7). Koska työ on kirjallisuuskatsaus, suhdetta haastateltaviin potilaisiin, asiakkaisiin tai työntekijöihin ei ole. Työn eettisyys ja luotettavuus liittyvät ennen kaikkea tieteellisten toimintatapojen noudattamiseen opinnäytetyötä tehdessä. Tutkimus on tieteelliseltä toimintatavaltaan ollut rehellistä, huolellista ja tarkkaa ja siinä on käytetty eettisesti kestäviä tieteellisiä tutkimuskriteereitä. Käytetty kirjallisuus ja aineisto on julkista ja maksuttomasti saatavilla ja muiden tutkijoiden työtä on kunnioitettu oikeilla ja tarkoilla viittauksilla.

Arvioitaessa tutkimuksen luotettavuutta, tutkimuksen ja tulosten olisi oltava uskottavia ja vahvistettavia sekä siirrettäviä toisiin samanlaisiin tilanteisiin. Lisäksi tutkijan pitää olla refleksiivinen ja tiedostaa oma lähtötilanteensa tutkijana, on tunnistettava omat asenteensa ja oma vaikuttamisensa tutkimuksen teossa. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa luotettavuus liittyy perusteltuun tutkimuskysymykseen ja valittuun aineistoon, vakuuttavaan argumentointiin ja johdonmukaiseen prosessiin (Kangasniemi ym. 2013, 292).

Tässä opinnäytetyössä on selvitetty, mitä yksinäisyys on sekä mitä ajantasaista tutkimustietoa yksinäisyyden ja terveyden välisestä suhteesta on saatavilla. Tutkimuskysymyksiin on tässä työssä vastattu. Tutkimusaineisto on määrällisesti pieni, mikä vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Hakutuloksia rajoitti se, etteivät kaikki aiheeseen liittyneet tekstit olleet saatavina maksutta tai kokotekstinä, eikä tutkimuksesta haluttu liian yksipuolista keskittymällä vain yhteen osa-alueeseen. Työssä on pyritty käyttämään tuoretta, ajantasaista ja luotettavaa lähdekirjallisuutta ja lähteitä on tarkasteltu kriittisesti koko prosessin ajan.

6.2 Yhteenveto

Päätarkoituksena tässä opinnäytetyössä on ollut selvittää, mitä ajantasaista näyttöön perustuvaa tietoa yksinäisyyden ja terveyden yhteydestä on eri tutkimuksissa saatu. Selvitystyötä varten kerättiin tietokannoista tutkimusartikkeleita, jotka käsittelevät yksinäisyyteen ja sosiaaliseen eristäytymiseen sekä terveyteen liittyviä asioita. Aineistoon mukaan otettujen artikkeleiden aiheet koostuivat sosiaalisen verkoston ja kontaktien tutkimisesta, interventioista, masennusoireista, nukkumisesta, kognitiivisesta toimintakyvystä, sydänkohtaus- ja aivohalvausalttiudesta, kuoleman riskistä, terveystalvelujen käytämisestä, joista kaikista on löytynyt yksinäisyyteen yhdistettyä tutkimusta. Lisäksi mukana oli katsaus, jossa kartoitettiin tehtyjä yksinäisyystutkimuksia ja selvitettiin niiden vahvuuksia ja heikkouksia. Opinnäytetyön aineisto koostuu tuoreesta näyttöön perustuvasta tiedosta, kaikki artikkelit on julkaistu vuosien 2015 ja 2018 välillä, tuorein aineistoon lisätty vain joitakin viikkoja ennen opinnäytetyön valmistumista.

Tiedonhakua tehtäessä selvisi, että tutkimusta yksinäisyyden vaikutuksesta terveyteen ja hyvinvointiin tehdään paljon sekä terveyteen perustuvalta että sosiologiselta kannalta katsottuna. Tutkimus kohdistuu usein yli 60-vuotiaisiin aikuisiin ja tutkittavat yhteydet yksinäisyyden ja terveyden välillä liittyvät hyvin usein sydän- ja verisuonisairauksiin sekä neurologisiin ja kognitiivisiin asioihin.

Yksinäisyyden voi käsittää eri tavoin, se voi olla vapaaehtoista ja haluttua tai ei-toivottua, emotionaalista ja sosiaalista. Se voi olla fyysisesti muista erillään oloa tai yksinäisyyden tuntemusta tutussa porukassa, kun kukaan ei ole oikein läheinen itselle. Yksinäisyys on sitä, ettei ole haluttua määrää vuorovaikutussuhteita, jotka laadultaan vastaisivat omiin tarpeisiin, tai yhteydenottoja itselle tärkeisiin ihmisiin niin usein kuin haluaisi.

Ei-toivottu yksinäisyys on mieltä kalvava negatiivinen tunne, joka aiheuttaa fyysisiä, mitattavia oireita. Yksinäisyys lisää elimistön kokemaa stressiä, mikä saa elimistön lopulta toimimaan itseään vastaan. Se nostaa verenpainetta, heikentää vastustuskykyä, vaikuttaa hormonitoimintaan aktivoimalla sitä ja on syynä sydän- ja verisuonisairauksiin. Se pätkii unta, masentaa ja hidastaa kognitiivista toimintakykyä. Sosiaalinen yksinäisyys lisää dementian riskiä. Koettuun yksinäisyyden tunteeseen ja sosiaaliseen eristäytymiseen liittyy terveyttä vaarantavaa käyttäytymistä. Hyvien terveystalintojen te-

keminen ei aina yksinäiseltä onnistu, joko oman ajatusmaailman tai sosiaalisen kontrollin puuttumisen takia, ja usein terveydelliset riskitekijät, kuten tupakointi, alkoholin käyttö, fyysinen liikkumattomuus ja ylipaino, ovat yksinäisellä tai sosiaalisesti eristäytyneellä heikentämässä terveyttä lisää.

Yksinäisten, iäkkäiden ihmisten ajatellaan käyttävän paljon terveydenhuollon palveluja sosiaalisten kontaktien tarpeeseensa, mutta asiaa tutkittaessa on todettu, että käynnit johtuvat todellisesta terveystarpeesta, eikä yksinäisyyttä voi pitää käynnin syynä. Lisäksi on esitetty yksinäisen olevan sen verran epäaktiivisen hoitamaan itseään, ettei hän vaadi terveyspalveluja. Päinvastainen ajatus terveyspalvelujen käyttömäärästä on nousut esiin yksinäisyysintervention vaikuttavuuden selvittelyssä, jossa on pantu merkille entisten yksinäisten, interventiossa sosiaalisesti aktivoituneiden lisääntyneet käynnit sairaanhoitajan vastaanotolla, kun sosiaalista tukea saaneet ovat ottaneet vastuuta itsestään ja omasta terveydestään. Toisaalta tutkimuksissa on kuitenkin paljastunut se, että yksinäisyys lisää osastohoitopäiviä sairaalaan joutuneilla ja he joutuvat useammin uudelleen sairaalahoitoon kuin sosiaalisesti paremmin verkostoituneet.

Tarkasteltavasta aineistosta käy terveysvaikutusten lisäksi ilmi, että erityisesti sosiaalinen eristäytyminen lisää ennen aikaista kuolleisuutta. Yksinäisyydellä on yhteyksiä esimerkiksi eri sairauksiin, jotka voivat olla aiheuttamassa kuolemaa ennen aikojaan. Huonot elintavat, kuten tupakointi ja runsas alkoholin käyttö, ovat osaltaan pahentamassa tilannetta jo sairaassa ihmisessä. Ensimmäisen sydänkohtauksen tai aivohalvauksen jälkeen riski kuolla aikaisemmin on suurempi sosiaalisesti yksinäisillä kuin sosiaalisesti verkostoituneilla. Tutkijoiden mukaan ennen aikaisissa kuolleisuusluvuissa näkyvät erityisesti miehet. Heillä yksinäisyystunteet voivat olla vaikuttamassa vahvoina siksi, että he eivät kulttuurinsa takia voi ilmaista tunteitaan vapaasti. Merkille pantavaa on myös se, että sosiaalinen eristäytyminen lisää kuolleisuutta myös pohjoismaissa, joissa on käytettävissä vahva sosiaalituki- ja julkinen terveydenhuoltojärjestelmä.

Tutkimuksissa todetaan, että ottamalla huomioon sekä sosiaalinen että emotionaalinen yksinäisyys voidaan pyrkiä alentamaan riskiä sairastua tai kuolla ennen aikaisesti. Aineistossa on tähän riskin alentamiseen ja yksinäisyyteen liittyvää positiivista tietoa: yksinäisyyteen ja sosiaaliseen eristäytymiseen voidaan vaikuttaa interventioilla, joko kahdenkeskisesti tai ryhmässä. Aineistossa on käsitelty tavoitteessaan onnistunutta ryhmäperusteista interventiota, joka on vähentänyt yksinäisyyttä ja kyennyt tukemaan yksinäi-

sen sosiaalistumista ympäröivään maailmaan. Käyttäytymisen muutokseen tähtäävä ohjelma voi olla tehokas tapa saada yksinäinen ajattelemaan asioita toisin ja aktivoitumaan omaan lähiympäristöön.

6.3 Kehittämisehdotukset

Useissa tuoreissa artikkeleissa viitattiin yksinäisyyden aiheuttamiin muutoksiin aivoihin ja kognitiiviseen toimintakykyyn. Tietokantahaussa asiaa käsittelevät, löydetty tutkimukset eivät olleet vapaasti saatavilla, joten rahoituksen järjestyessä olisi kiinnostava selvittää, mitä tiedetään yksinäisyyden aiheuttamista muutoksista kognitiivisiin aivo-toimintoihin.

Toinen varteenotettava jatkotutkimuskohde on selvittää interventiotutkimusta tarkemman käsityksen saamiseksi siitä. Hoitotyön kannalta on hyödyksi selvittää, minkälaisia interventioita yksinäisyyteen puuttumiseksi on tehty ja minkälaisia tuloksia niistä on saatu. Tieto olisi hyödynnettävissä esimerkiksi perusterveydenhuollossa, kun halutaan parantaa yksilöllistä terveydenhoitoa ja potilaan omaa hoitoa sekä hyvinvointia. Tiedon pohjalta voisi miettiä yksinäisyyden kartoitustestiä terveydenhuollon peruspalveluihin ja kyselylomaketta, jossa selvitettäisiin sosiaalisen tukiverkoston ja sosiaalisen aktiivisuuden lisäksi koettua yksinäisyyttä, jolloin yksinäisyydestä kärsivistä ja heidän tarpeistaan olisi mahdollista saada jonkinlaista otetta. Tässä opinnäytetyössä hyödynnetyn kirjallisuuden perusteella voisi yksinkertaistaen ajatella yksinäisyyden olevan perushaitta, johon ei kuitenkaan tällä hetkellä ehkä reagoida tarpeeksi, mutta sen ilmeneviä oireita, esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksia tai yksinäisyydestä johtuvaa unettomuutta ja masennusta, hoidetaan.

LÄHTEET

- Argyle, M. 1999. Causes and correlates of happiness. Teoksessa *Well-being: The Foundations of Hedonic Psychology*. 1999. Toim. Kahneman D., Diener E. & Schwarz N. New York.
- Bates, J. & Machin, A. 2016. Locality, loneliness and lifestyle: a qualitative study of factors influencing women's health perceptions. *Health and Social Care*. 2016, 24(5), 639 – 648.
- Baumeister, R.F. & Leary, M. R. 1997. Writing Narrative Literature Reviews. *Review of General Psychology*. 1997, 1: 3, 311–320.
- Berkman, L.F. & Glass, T.A. 2014. Social network epidemiology. Teoksessa Berkman L.F., Kawachi I, eds. *Social Epidemiology*. New York. Oxford University Press. 2014, 234 – 289.
- Brülde, B. & Fors, F. 2015. Den svenska ensamheten: Om hur olika former av ensamhet påverkar vårt välbefinnande. Teoksessa *Fragment: SOM-undersökningen 2014*, 47 – 61. Toim. A. Bergström, B. Johansson, H. Oscarsson & M. Oskarson. Göteborgs universitet: SOM-institute. Viitattu 2.4.2018.
https://som.gu.se/digitalAssets/1534/1534422_den-svenska-ensamheten.pdf
- Cacioppo, J.T. & Patrick, W. 2008. *Loneliness – Human Nature and the Need for Social Connection*. Norton.
- Coll-Planas, L., Valle Gomez, G. del, Bonilla, P., Masat, T., Puig, T. & Monteserin, R. 2017. Promoting social capital to alleviate loneliness and improve health among older people in Spain. *Health and Social Care in the Community*. 2017, 25(1), 145 – 157.
- Courtin, E. & Knapp, M. 2017. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health and Social Care in the Community* 2017,25(3), 799 – 812.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere. Vastapaino.
- Evans, D. 2008. Overview of Methods. Teoksessa: *Reviewing Research Evidence for Nursing Practice: Systematic Reviews*, 137–148. Toim. C. Webb & B. Ross. Oxford: Blackwell Publishing.
- Ge, L., Yap, C.W., Ong, R. & Heng, B.H. 2017. Social isolation, loneliness and their relationships with depressive symptoms: A population-based study. *PLoS ONE* 12(8). e0182145. Viitattu 27.3.2018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182145>
- Grif Alspach, J. 2013. Loneliness and Social Isolation: Risk Factors Long Overdue for Surveillance. *Critical Care Nurse*. 2013, 33(6), 8 – 13.
- Hakulinen, C., Pulkki-Råback, L., Virtanen, M., Jokela, M., Kivimäki, M. & Elovainio, M. 2018. Social isolation and loneliness as risk factors for myocardial infarction, stroke and mortality: UK Biobank cohort study of 479 054 men and women. 2018. Viitattu 28.3.2018. <http://heart.bmj.com/content/early/2018/03/16/heartjnl-2017-312663>

Hawkley, L.C. & Cacioppo, J.T. 2010. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 2014, 40(2), 218 – 227.

Hayley, A.C., Downey, L.A., Stough, C., Sivertsen, B., Knapstad, M. & Øverland, S. 2017. Social and emotional loneliness and self-reported difficulty initiating and maintaining sleep (DIMS) in a sample of Norwegian university students. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2017, 58(1), 91 – 99.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna. Tammi.

Hsieh, H.-F. & Shannon, S. E. 2005. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*. 2005, 15(9), 1277 – 1288.

Huttunen, J. 2003. Vihkisormus, kirjastokortti ja pitkä ikä. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 2003/119, 2131 – 2132.

Huttunen, M.O. 2014. Lääkäri, potilas ja yksinäisyys. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 2014/13, 1271 – 1272.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*, 3 – 9. Toim. K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R-L. Ääri. Turun yliopisto. Turku. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007.

Junttila, N. 2016. Yksinäisyyden ulottuvuudet. Teoksessa *Yksinäisten Suomi*, 52 – 69. Toim. J. Saari. Tallinna. Gaudeamus.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikainen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 2013/4, 291 – 301.

Kauhanen, J. 2016. Yksinäisen terveys. Teoksessa *Yksinäisten Suomi*, 96 – 113. Toim. J. Saari. Tallinna. Gaudeamus.

Kauhanen, J. 2017. Yksinäisyys – kansansairaus? *Suomen lääkärilehti*. 2017/21, 1337. Viitattu 2.4.2018. <http://www.laakarilehti.fi.elib.tamk.fi/ajassa/paakirjoitukset-tiede/yksinaisyys-ndash-kansansairaus/>

Kielitoimiston sanakirja. 28.2.2017. Kotimaisten kielten keskus. Viitattu 22.3.2018. <https://www.kielitoimistonsanakirja.fi/netmot.exe?motportal=80>

Korkeila, J. 2017. Terve mieli terveissä aivoissa. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 2017, 133(2), 209 – 214.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita.

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 2011/2, 138 – 148.

- Landeiro, F., Barrows, P., Nuttall Musson, E., Gray, A.M. ja Leal, J. 2017. Reducing social isolation and loneliness in older people: a systematic review protocol. *British Medical Journal Open*. 2017, 7: e013778. Viitattu 8.4.2018.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013778>
- Laugesen, K., Munksgård Baggesen, L., Jóhannesdóttir Schmidt, S.A., Glymour, M., Lasgaard, M., Milstein, A., Toft Sørensen, H., Adler, N.E. & Ehrenstein, V. 2018. Social isolation and all-cause mortality: a population-based cohort study in Denmark. *Scientific Reports*. 2018, 8 (1):4731. Viitattu 10.4.2018
<https://www.nature.com/articles/s41598-018-22963-w>
- Lauri, S. & Kyngäs, H. 2005. Hoitotieteen teorian kehittäminen. Vantaa. WSOY.
- Myers, D. G. 1999. Close relationships and quality of life. Teoksessa *Well-being: The Foundations of Hedonic Psychology*. Toim. D. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz. New York.
- Müller, K. & Lehtonen, J. 2016. Yksinäisyys, aivot ja mieli. Teoksessa *Yksinäisten Suomi*, 73 – 95. Toim. J. Saari. Tallinna. Gaudeamus.
- Nicholson, N. 2009. Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. *Journal Of Advanced Nursing*. 2009, 65(56), 1342 – 1352.
- Niela-Vilén, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*, 23 – 34. Toim. M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen. Turun yliopisto. Turku. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:73/2016.
- Nummenmaa, L., Glerean, E., Hari, R. ja Hietanen, J.K. 2014. Bodily maps of emotions. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2014, 111(2), 646 – 651.
- Pinquart, M. & Sorenson, S. 2003. Risk factors for loneliness in adulthood and old age: a meta-analysis. Teoksessa *Advances in Psychology Research*, 111 – 143. Toim. S.P. Shohov. Hauppauge, NY. Nova Science.
- Rico-Uribe, L.A., Caballero, F.F., Martín-Maria, N., Cabello, M., Ayuso-Mateos, J.L. & Miret, M. 2018. Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. *PLoS ONE*, 2018, 13(1): e0190033. Viitattu 23.3.2018.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190033>
- Rico-Uribe, L.A., Caballero, F.F., Olaya, B., Tobiasz-Adamczyk, B., Koskinen, S., Leonardi, M., Haro, J.M., Chatterji, S., Ayuso-Mateos, J.L. & Miret, M. 2016. Loneliness, Social Networks, and Health: A Cross-Sectional Study in Three Countries. *PLoS ONE*, 2016, 11(1): e0145264. Viitattu 26.3.2018.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145264>
- Ruuskanen, O. 2011. Yksinäisyys on vaarallista terveydelle. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 2011/8, 754.
- Saari, J. 2009. Yksinäisten yhteiskunta. Helsinki. WSOYpro.

- Saari, J. 2016. Suomalainen yksinäisyys. Teoksessa Yksinäisten Suomi, 33 – 51. Toim. J. Saari. Tallinna. Gaudeamus.
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Opetusjulkaisu 62. Vaasan yliopiston julkaisu- ja. Viitattu 19.3.2018. https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf
- Savikko, N. 2008. Loneliness of Older People and Elements of an Intervention for its Alleviation. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos. Turku. Turun yliopiston julkaisuja. D 808. Viitattu 27.3.2018. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/38910/D808.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Seitamaa-Hakkarainen, P. 19.5.2014. Kvalitatiivinen sisällönanalyysi. Viitattu 2.4.2018. <https://metodix.fi/2014/05/19/seitamaa-hakkarainen-kvalitatiivinen-sisallon-analyysi/>
- Shankar, A., McMunn, A., Banks, J. & Steptoe, A. 2011. Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health indicators in older adults. *Health Psychology*. 2011, 30(4), 377 – 385.
- Steptoe, A., Shankar A., Demakakos P. & Wardle, J. 2013. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2013, 110(15), 5797 – 5801.
- Suhonen, R., Axelin A. & Stolt, M. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä, 7 – 22. Toim. M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen. Turun yliopisto. Turku. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A: 73/2016.
- Suomen Mielenterveysseura. No date. Unitehdas. Viitattu 3.4.2018. <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/hyvinvointi/unen-merkitys>
- Tanskanen, J. & Anttila, T. 2016. A Prospective Study of Social Isolation, Loneliness, and Mortality in Finland. *American Journal of Public Health*. 2016, 106(11), 2042 – 2048.
- Taube, E., Kristensson, J., Sandberg, M., Midlöv, P. & Jakobsson, U. 2015. Loneliness and health care consumption among older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2015, 29(3), 435 – 443.
- The Cassell Concise Dictionary. 1997. Cassell. Kent. Mackays of Chatham PLC.
- Tighe, C.A., Dautovich, N.D. & McCrae, C.S. 2016. Daily Social Contact in Relation to Sleep: The Role of Age. *Behavioral Sleep Medicine*, 2016, 14, 311 – 324.
- Tilvis, R., Laitala V.V., Routasalo, P.E. & Pitkälä, K.H. 2011. Suffering from Loneliness Indicates Significant Mortality Risk of Older People. *Journal Of Aging Research* 2011. Viitattu 2.4.2018. <http://dx.doi.org/10.4061/2011/534781>
- Tilvis, R., Pitkälä, K., Jolkkonen, J. & Strandberg, T. 2000. Ikääntyneiden yksinäisyyden tunne ennakoi muistin heikkenemistä. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 2000/116, 2139.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Jyväskylä. Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa. Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 11.4.2018.

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Valtorta, N.K., Collingridge Moore, D., Barron, L., Stow, D. & Hanratty, B. 2018. Older Adults' Social Relationships and Health Care Utilization: A Systematic Review. American Journal of Public Health. 2018, 108(4), 1 – 10.

Valtorta, N.K. & Hanratty, B. 2012. Loneliness, isolation and the health of older adults: do we need a new research agenda? Journal of the Royal Society of Medicine. 2012, 105(12), 518 – 522.

Valtorta, N.K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi S. & Hanratty, B. 2016. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. Heart. 2016, 102(13), 1009 – 1016. Viitattu 28.3.2018. <http://dx.doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308790>

Weiss, R. 1973. Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation. Massachusetts. MTI Press.

Whittemore, R. 2008. Rigour in Integrative Reviews. Teoksessa Reviewing Research Evidence for Nursing Practice: Systematic Reviews, 149–156. Toim. C. Webb & B. Ross. Oxford: Blackwell Publishing.

Zhong, B-L., Chen, S-L. & Conwell, Y. 2016. Effects of transient versus chronic loneliness on cognitive function in older adults: Findings from the Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey. American Journal of Geriatric Psychiatry 2016, 24(5), 389 – 398.

LIITTEET

Liite 1. Opinnäytetyön tutkimusaineiston kuvaus

	Tutkimuksen tekijät, julkaisuvuosi ja tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
1	Coll-Planas L., Valle Gomez del G., Bonilla P., Masat T., Puig T. & Monteserin R. 2017 Promoting social capital to alleviate loneliness and improve health among older people in Spain	Selvittää pilotti-interventiota ja sen vaikutuksia lyhyellä ja pitkällä aikavälillä.	Seurantatutkimus pilotti-interventiolle, seuranta-aika 2 vuotta n= 26, yli 60-vuotiaita	Intervention jälkeen yksinäisyys väheni, sosiaalinen osallistuvuus ja tuki kasvoivat merkittävästi. Kahden vuoden jälkeen sosiaaliset vaikutukset näkyivät edelleen ja masennusoireet olivat hävinneet.
2	Courtin, E. & Knapp M. 2017 Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review	Kartoittaa a) mitä näyttöä on yksinäisyyden, sosiaalisen eristämisen ja terveyden välillä ja b) mitkä ovat rajoitukset ja aukot näytön perustassa.	Kartoittava kirjallisuuskatsaus n= 128 artikkelia	Yksinäisyyttä on tutkittu enemmän kuin sosiaalista eristäytymistä. Masennus ja sydän- ja verisuoniterveys sekä hyvinvointi ovat useimmiten tutkittuja asioita. Syyseuraussuhteet ja mekanismit ovat vaikeita tutkia. Alaryhmien yksinäisyysriskeistä ja interventiosta on vähän tutkimusta.
3	Ge L., Yap C.W., Ong R. & Heng B.H. 2017 Social isolation, loneliness and their relationships with depressive symptoms: A population-based study	Määrittää sosiaalisen eristämisen tunnusmerkkien ja yksinäisyyden välistä suhdetta sekä tarkastella eroavuuksiin perustuvia yhteyksiä niiden ja masennusoireiden kanssa.	Kvantitatiivinen kyselytutkimus n=1919, yli 21-vuotiaita	Yksinäisyys ja sosiaalinen eristäytyminen ovat merkittävästi päällekkäisiä. Tutkimus osoittaa yksinäisyyden ja sosiaalisen eristämisen tunnusmerkkien, esim. siviilisäädyn ja asumismuodon, merkittävän yhteyden masennusoireisiin.

4	<p>Hakulinen C., Pulkki-Råback L., Virtanen M., Jokela M., Kivimäki M. & Elovainio M. 2018</p> <p>Social isolation and loneliness as risk factors for myocardial infarction, stroke and mortality: UK Biobank cohort study of 479 954 men and women</p>	<p>Selvittää ovatko sosiaalinen eristäytyminen ja yksinäisyys a) yhteydessä akuuttiin sydänkohtaukseen ja aivohalvaukseen niillä, joilla ei ole niitä ollut, b) yhteydessä kuolleisuusriskiin, niitä kokeneilla ja c) missä määrin nämä yhteydet ovat selitettävissä tunnetuilla riskitekijöillä tai olemassa olevilla kroonisilla sairauksilla.</p>	<p>Kvantitatiivinen otantatutkimus</p> <p>n= 479054, 40 – 69-vuotiaita</p>	<p>Yksinäisillä ja eristäytyneillä ihmisillä on kasvanut riski saada sepelvaltimotautikohtaus tai aivohalvaus. Niillä, joilla on niistä sairaushistoriaa, on kasvanut kuolemanriski. Sitä selitetään enimmäkseen tavanomaisilla riskitekijöillä kuten tupakoinnilla ja liikapainolla.</p>
5	<p>Hayley A., Downey L., Stough C., Sivertsen B., Knapstad M. & Øverland S. 2017</p> <p>Social and emotional loneliness and self-reported difficulty initiating and maintaining sleep (DIMS) in a sample of Norwegian university students</p>	<p>Määrittää yhteys sosiaalisten ja emotionaalisten yksinäisyydentunteiden ja subjektiivisten DIMS-oireiden välillä</p> <p>DIMS = vaikeus nukahtaa ja pysyä unessa</p>	<p>Kvantitatiivinen kyselytutkimus</p> <p>n= yli 12000, 21 – 35-vuotiaita</p>	<p>Sosiaalisen ja emotionaalisen yksinäisyyden tunteet ovat yhteydessä nukahtamis- ja unessapysymisvaikeuksien riskin kasvulle. Eivätkä ne ole riippuvaisia terveydestä, elämäntyylistä tai sosiaalisista tekijöistä.</p>
6	<p>Laugesen, K., Munksgård Baggesen, L., Jóhannesdóttir Schmidt, S.A., Glymour, M., Lasgaard, M., Milstein, A., Toft Sørensen, H., Adler, N.E. & Ehrenstein, V. 2018.</p> <p>Social isolation and all-cause mortality: a population-based cohort study in Denmark</p>	<p>Tutkia sosiaalisen eristäytymisen vaikutuksia kaikenikäisiin kuolinsyihin ja löytää uutta näyttöä sosiaalisen eristäytymisen ja kuolleisuuden väliltä.</p>	<p>Seurantatutkimus, 7 vuoden seuranta-jakso</p> <p>n= 21604</p>	<p>Sosiaalinen eristäytyminen on yhteydessä 60 – 70 % lisääntyneeseen kuolleisuuteen. Ilman puolisoa eläminen on erittäin tärkeä riskitekijä ennen aikaiselle kuolemalle.</p>

7	Rico-Uribe L.A., Caballero F.F., Martín-Maria N., Cabello M., Ayuso-Mateos J.L. & Miret M. 2018 Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis	Arvioida yksinäisyyden ja kaikenlaisuustyyppisten kuolinsyiden yhteyttä sekä onko yhteys samanlainen miehillä ja naisilla.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Yksinäisyys näkyy kuolleisuudessa kaikenlaisuustyyppisiin kuolinsyihin. Vaikutus on selvempi erityisesti miehillä kuin naisilla.
8	Rico-Uribe L.A., Caballero F.F., Olaya B., Tobiasz-Adamczyk B., Koskinen S., Leonardi M., Haro J.M., Chatterji S., Ayuso-Mateos J.L. & Miret M. 2016 Loneliness, Social Networks, and Health: A Cross-Sectional Study in Three Countries	Määrittää eroavuuksiin perustuvia yhteyksiä, joita sosiaalisella verkostolla ja subjektiivisella yksinäisyydellä on terveyteen sekä analysoida onko tämä yhteys erilainen eri maissa.	Haastattelututkimus n= 10 047 aikuista Suomesta, Puolasta ja Espanjasta, yli 18-vuotiaita	Kaikissa kolmessa maassa yksinäisyys oli vahvasti yhteydessä terveyteen iästä, masennuksesta tai muista muutostekijöistä riippumatta, mutta Suomessa yksinäisyyden ja terveyden välinen suhde oli vahvempi kuin Puolassa tai Espanjassa.
9	Tanskanen Jussi & Anttila Timo 2016 A Prospective Study of Social Isolation, Loneliness, and Mortality in Finland	Arvioida sosiaalisen eristämisen ja yksinäisyyden samanaikaisia vaikutuksia kuolleisuuteen.	Seurantatutkimus, 17 vuoden seurantaajakso n= 8650 16 – 93-vuotiaita	Sosiaalinen eristäytyminen lisää selvästi kuolleisuutta. Sosiaalisella eristämällä ja yksinäisyydellä on erilliset vaikutusväylät terveyteen ja kuolleisuuteen.
10	Taube E., Kristensson J., Sandberg M., Midlöv P. & Jakobsson U. 2015 Loneliness and health care consumption among older people	Tutkia yksinäisyyden, terveyteen liittyvän elämänlaadun ja sairauksien suhdetta terveydenhuollon palvelujen käyttöön kotona asuvien iäkkäiden ihmisten keskuudessa.	Strukturoitu haastattelututkimus n= 153, yli 65-vuotiaita	Iäkkäistä hauraat yksinäiset käyttävät enemmän avohoidon terveystalvveluja kuin ne, jotka eivät koe yksinäisyyttä. Masentunut mieliala on yhteydessä avoterveyshpaltvelujen käyttöön.

11	<p>Tighe C., Dautovich N. & McCrae C. 2016</p> <p>Daily Social Contact in Relation to Sleep: The Role of Age</p>	<p>Tutkia kuinka sosiaaliset kontaktit päivätoimintojen aikana vaihtelevat iän mukaan ja liittyvät nukkumiseen.</p>	<p>Kvalitatiivinen, Social rhythm metric-17, unipäiväkirja n= 98, 50:n ikä 18 – 30 v. 48 yli 60-vuotiaasta.</p>	<p>Ikä vaikuttaa yksin suoritettujen aktiviteettien määrään. Yksinäinen toiminta vaikuttaa kielteisesti kokonaisunen määrään vanhemmilla, mutta ei nuoremmilla. Iäkkäämmillä sosiaalinen vuorovaikutus on tärkeää nukkumiselle.</p>
12	<p>Valtorta N.K., Collingridge Moore D., Barron L., Stow D. & Hanratty B. 2018</p> <p>Older Adults' Social Reationships and Health Care Utilization: A Systematic Review</p>	<p>Määrittää ovatko sosiaaliset suhteet (mukaan luettuna yksinäisyys, eristäytyminen ja sosiaalinen tuki) yhteydessä vanhempien aikuisten terveystalvvelujen käyttöön riippumatta terveysperäisistä tarpeista.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Tutkimuksessa todettiin että, ne joilla on heikot sosiaaliset suhteet joutuvat useammin takaisin sairaalahoitoon ja hoitokaksot ovat heillä pidempiä. Mutta he eivät käytä poliklinikkahoitoa tarvitsemaansa enempää.</p>
13	<p>Valtorta N.K., Kanaan M., Gilbody S., Ronzi S. & Hanratty B. 2016</p> <p>Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies</p>	<p>Selvittää yksinäisyyden ja sosiaalisen eristämisen sekä sepelvaltimotautikohtauksen ja aivohalvauksen välinen yhteys.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Sosiaalisten suhteiden puute on yhteydessä sepelvaltimotautikohtauksen ja aivohalvauksen lisääntyneeseen riskiin.</p>
14	<p>Zhong B., Chen S. & Conwell Y. 2016</p> <p>Effects of transient versus chronic loneliness on cognitive function in older adults: Findings from the Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey</p>	<p>Arvioida ohimenevän ja kroonisen yksinäisyyden vaikutus kognitiivisiin toimintoihin iäkkäillä ihmisillä.</p>	<p>6-vuotinen seuranta tutkimus, mittareina haastattelu (itse raportoitu yksinäisyys) ja muokattu mMMSE n= 2995</p>	<p>Sekä ohimenevä että krooninen yksinäisyys on riskitekijä kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemiselle. Tutkimuksessa selvisi yllättäen ohimenevän yksinäisyyden tuhoisa vaikutus, mutta kroonisella yksinäisyydellä on selkeämmin kielteisiä vaikutuksia iäkkäiden aivoterveysteen.</p>